

**Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
we Wrocławiu**

Zaświadcza się, że
legitymujący /a się dowodem osobistym NR
jest dysponentem prawnym grobu ziemnego / grobowca* NRPOLE.....
na cmentarzu
gdzie pochowane są zwłoki /szczątki* :

- 1.
imię i nazwisko osoby zmarłej data urodzenia data zgonu

- 2.
imię i nazwisko osoby zmarłej data urodzenia data zgonu

Zarządca Cmentarza

* niepotrzebne skreślić